

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 22 novembre 2016
Hôpital cantonal de Genève

Place des opioïdes dans la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses

Dre V. Piguet

Le prétexte, c'est cet article sorti récemment dans le JAMA « Prescription of Long-Acting Opioids and Mortality in Patients With Chronic Noncancer Pain, Wayne A. Ray, JAMA. 2016;315(22):2415-2423 » qui montre que les opioïdes pour les douleurs non cancéreuses ce n'est pas si bon que ça...

C'est une étude de cohorte qui suit 22912 prescriptions d'antalgiques et qui compare les opiacés aux autres antalgiques, anticonvulsivants ou antidépresseurs...

Ceux qui prenaient des opioïdes avaient une mortalité cardiovasculaire plus élevée que les autres...

Les lecteurs pressés pourraient s'arrêter là...

Pour les autres qui ont un peu plus de temps...on rappelle que les douleurs sont au début :

- nociceptives, périphériques, avec la terminaison nerveuse qui baigne dans une soupe inflammatoire...
- puis qu'elle va transiter par les cornes postérieures de la moelle (douleur neurogène) et finalement subir une réorganisation corticale (douleur centrale).

Ainsi, dans certains cas, même si la stimulation périphérique initiale a disparu, la douleur peut persister...

On a donc la douleur nociceptive aiguë (posttraumatique), la douleur nociceptive chronique (lombalgie chronique, arthrose), la douleur neuropathique ou neurogène (après un zona) et la douleur centrale (fibromyalgie)...

Pour les douleurs centrales on parle aussi de syndrome somatoforme douloureux persistant (SSDP) ou de « central chronic pain syndrom ».

Ces SSDP se caractérisent par des douleurs chroniques, migrantes, avec une hyperalgésie généralisée, une allodynie (la survenue d'une douleur déclenchée par un stimulus qui est normalement indolore, par exemple le poids d'un drap, une caresse...).

On nous rappelle que pour les anglo-saxons la douleur c'est « a distressing experience associated with actual or potential tissue damage, with sensory, emotional, cognitive and social components ».

On souligne donc les impacts multiples et la nécessité d'utiliser une approche multimodale pour l'aborder :

- médicaments, infiltrations, intervention
- approches physiques
- approches psychologiques
- ressources personnelles

Quelle est donc la place des opioïdes forts dans cette situation ?

On considère un antalgique efficace s'il permet une baisse de 30-50% de la douleur avec une amélioration des performances physiques et sociales.

Pour ce qui est des opioïdes et la gonarthrose...il y a 22 études à disposition...les opioïdes font gagner 0.7 cm sur l'EVA (échelle visuelle analogique) et le NNT est calculé à 10...Il n'y a pas de différence entre les différents opioïdes et entre la dose utilisée. On estime que leur utilisation dans la gonarthrose présente un faible bénéfice...et qu'il n'y a pas d'intérêt à augmenter la dose.

Pour les neuropathies chroniques, genre neuropathie diabétique, ou post-zostérienne, peu d'études à disposition. L'oxycodone aurait un peu d'effet, le fentanyl, pas d'effet...La conclusion c'est que les opioïdes ne sont pas très utiles dans les douleurs neurogènes...

Pour la fibromyalgie, donc un prototype de douleur centrale, 2 études prospectives à disposition : l'effet des opiacés est plutôt délétère...

On peut se demander pourquoi cela ne marche pas ?

On nous parle de l'hyperalgésie induite...les opioïdes peuvent activer d'autres circuits, en particulier la glie, et vont augmenter des substances excitatrices qui vont contrer l'effet antalgique des opioïdes sur les mécanismes pré et postsynaptiques visés. C'est ce que l'on appelle l'effet proalgique des opioïdes...

Donc en résumé...les douleurs nociceptives répondent un peu mieux que les douleurs neurogènes aux opioïdes...mais aucune étude ne montre un effet d'une durée de plus de 12 semaines...et la plupart du temps les effets indésirables entraînent leur arrêt.

A propos des effets indésirables des opiacés, on nous dit qu'aux USA plus de 1000 personnes par jour sont traitées dans des services d'urgence pour abus d'opioïdes prescrits...

En 2014, c'était 2 millions d'Américains qui abusaient des opiacés, soit 1/4 des prescriptions d'opiacés...

Ce qui favorise une dépendance aux opiacés c'est le jeune âge, le sexe masculin, des douleurs diffuses mal caractérisées, une comorbidité psychiatrique...et des problèmes émotionnels au questionnaire sur la douleur de Mc Gill (je crois...!).

On nous signale cet article qui fait le point sur la situation en Suisse en 2013...« Traitement médicamenteux de la douleur en Suisse, ou quand l'émotion l'emporte sur la raison, Robert Theiler, Rev.Med. Suisse Rom.2013, RMS N° 401 ».

Maintenant, qu'en est-il de la mortalité cardiovasculaire et des infarctus chez les patients prenant des opiacés...

Le risque d'infarctus du myocarde (IM) est augmenté à 1.77 chez les patients prenant des opiacés par rapport à ceux prenant des AINS...et de 2.66 par rapport à la population générale.

Il y aurait une étude cas/contrôle qui confirmerait l'augmentation du risque d'IM chez les patients prenant des opiacés mais il y aurait de nombreux biais possibles...étude rétrospective, pas d'évaluation de la consommation de tabac et/ou d'alcool, pas d'évaluation de la compliance...etc...

Il n'y a pas de connaissance d'une toxicité directe des opiacés sur le cœur...mais on sait que les opiacés peuvent ralentir la fréquence respiratoire, augmenter les apnées centrales, diminuer la testostérone et les oestrogènes, et que certains antidépresseurs (pouvant être donné en même temps chez un douloureux chronique) peuvent bloquer les cytochromes responsables du métabolisme des opiacés et ainsi favoriser un surdosage, comme les AINS qui peuvent diminuer la fonction rénale et aussi favoriser un surdosage...

D'après les Américains...chaque jour...44 patients meurent des effets secondaires forts...

On retiendra donc que pour les douleurs non cancéreuses nociceptives les opiacés ont une efficacité modérée, mais que leur utilisation est possible...

Pour les douleurs neuropathiques, et/ou centrales il faut mieux les éviter...

Il faut évaluer aussi le risque de dépendance, avant de prescrire...

Bien expliquer les mécanismes de la douleur

Intégrer le patient dans un programme multimodal...

Utiliser la dose la plus faible efficace...

Définir des objectifs réalistes avec le patient...

Eviter des doses supérieures à 90 mg/j d'équivalent morphinique...

Bien étudier les interactions médicamenteuses...

Les HUGs ont un blog sur le sujet : <https://www.atelierantalgie.com>



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch